

NOM - PRENOM : _____

COLLECTIVITE: _____ **Année :** _____

DEMANDE DE CONGES PAYES

(à remplir en 2 exemplaires et à nous faire parvenir 15 jours avant la demande)

DATE précise des jours de congés demandés :

Du ____ / ____ / ____ **inclus** **Au** ____ / ____ / ____ **inclus**

Du ____ / ____ / ____ **inclus** **Au** ____ / ____ / ____ **inclus**

Nombre total de jours de congés demandés : _____

DEMANDE DE JOURS DE REPOS SUPPLEMENTAIRES

(à remplir en 2 exemplaires et à nous faire parvenir 15 jours avant la demande)

DATE et JOUR précis demandés :

Le ____ / ____ / ____ **Le** ____ / ____ / ____

Le. ____ / ____ / ____ **Le** ____ / ____ / ____

Le ____ / ____ / ____ **Le** ____ / ____ / ____

Nombre total de jours de repos demandés : _____

Date de la demande : _____

Signature du responsable :

Signature du demandeur :